



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CURSO DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

2015/2016

Trabajo de Fin de Grado

SALUD PÚBLICA Y VEJEZ

“LA LEY DE DEPENDENCIA

COMO NEXO DE UNIÓN ENTRE SALUD PÚBLICA Y VEJEZ”

Alumno: Daniel Pulido Hernández

Tutor: Helena Iglesias de Sena

“Una bella ancianidad es, ordinariamente,
la recompensa de una bella vida.”

Pitágoras de Samos

ÍNDICE

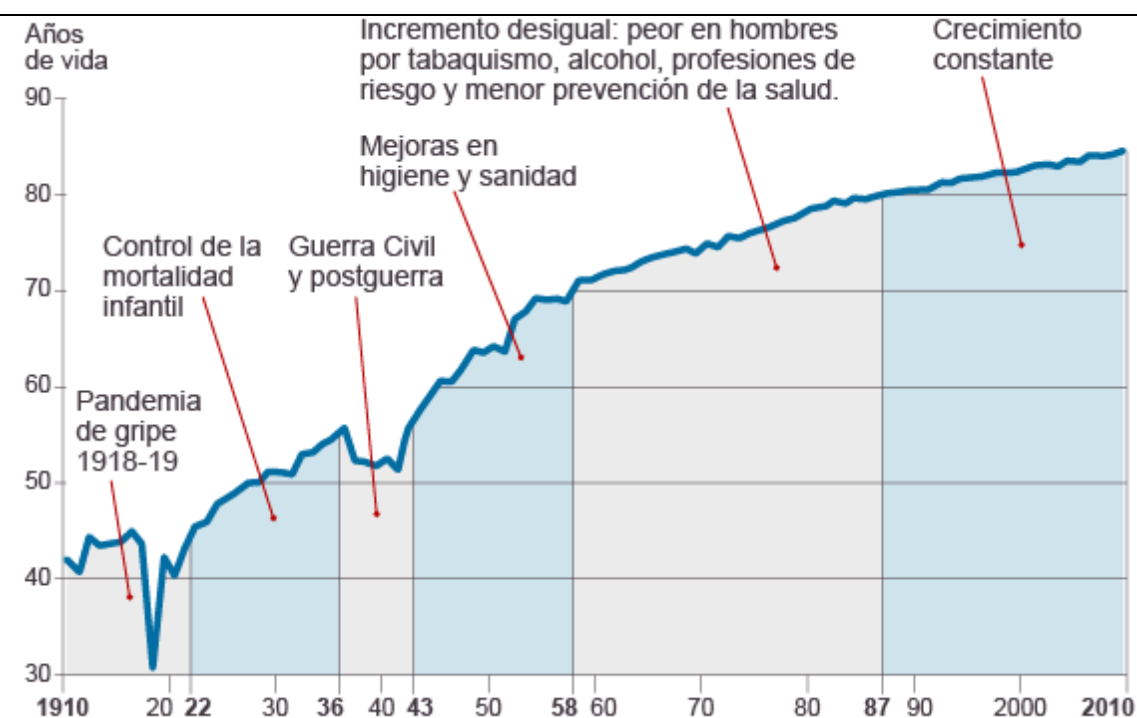
	Página
1. INTRODUCCION Y JUSTIFICACIÓN	4
1.1. -Concepto vejez	5
1.2. -Importancia sanitario-social de la vejez	6
1.3. -Salud Pública y vejez	13
1.4. -Definición Salud Pública	14
1.5. -La Salud Pública en la historia	17
1.6. -Trabajo Social y Salud Pública	18
1.7. -Funciones del Trabajo Social en el área de la Salud Pública	20
1.8. Objetivos.....	22
2. REVISION E INVESTIGACION BIBLIOGRÁFICA	23
2.1. -La ley de la dependencia	23
2.2. -Modificaciones a la ley de la dependencia	26
3. DISCUSION TEORIA Y FORMULACIÓN DE INTERROGANTES	28
3.1. -Reflexiones acerca de la ley de la dependencia	28
4. CONCLUSIONES	41
5. BIBLIOGRAFIA	43

1. INTRODUCCION Y JUSTIFICACIÓN

Hasta las últimas décadas de nuestra historia, según viene a indicar Trejo (2001:109), el concepto vejez ha sido un concepto abandonado, sin implicaciones sociales ligadas a ninguna necesidad, de esta manera, los estados apenas constituyeron verdaderas políticas, para mejorar la calidad de vida de sus mayores.

Sin embargo, tras la finalización de la Guerra Civil Española distintas políticas sociales comenzaron a crearse, como por ejemplo: el Seguro Obligatorio de Enfermedad en el año 1941, el Servicio de Seguros Profesionales en el año 1947, etc. Como así indica Quintero Lima, G. (2012:3) todo esto, unido a la mejora en los avances médicos, el saneamiento de las ciudades, etc. que provocaron el incremento de la esperanza de vida de la población dice Prats, F (2015) y como así vemos en el gráfico1.

Gráfico1: Esperanza de vida al nacer en España



Fuente: El PAIS Digital

Gráfico: Prats, J. (2015) citando a “Revista Española de investigaciones Sociológicas”

El envejecimiento de la población en nuestra sociedad es un hecho que posiblemente provoque grandes cambios, tanto sociales, económicos y culturales, estimulando el cambio de nuestra comprensión del actual paradigma dice Huenchuan, S (2011:4), por lo que es de vital importancia, poder comprender la vejez y que actuaciones se están llevando a cabo actualmente con este nuevo fenómeno poblacional, y así comprender, cual podrá ser el devenir de nuestra historia y anticiparnos a él, para así asegurarnos un mayor porcentaje de éxito en nuestras futuras ejecuciones de proyectos, que podrán estar mejor preparados ante los nuevos fenómenos sociales relacionados con la vejez que pudiese llegar a acaecer en tiempos futuros.

1.1 Concepto Vejez

Según Martínez (2005:1) la vejez es un término abstracto y por ello es complicado dar una definición exacta, por lo que es importante recurrir a diferentes criterios para definirla:

- “Criterio cronológico”: Bajo este criterio la vejez es definida según la edad del individuo, no obstante, existen consideraciones y clasificaciones diversas.

La interpretación que hoy por hoy se viene utilizando para este criterio, es que, tras la infancia, adolescencia y adultez se comienza a emplear el concepto madurez, correspondiéndose a la edad del primer envejecimiento.

Según la autora estas edades se clasifican en las siguientes etapas:

- “Edad de en medio” (45 y 60 años).
- “Senectud gradual”, comúnmente llamada “tercera edad”(desde los 60 hasta los 70 años)
- “Vejez declarada” (hasta los 90 años).
- “Grandes ancianos o grandes viejos” (a partir de los 90 años).
- “Criterio Biológico”: Es el criterio asociado al “desgaste de órganos y tejidos”. Cuando este hecho es evidente, comenzaríamos a definir que una persona ha entrado en la vejez. No obstante, a medida que la edad avanza, el ser humano envejece con menor ritmo, por lo que ocurre que entre los 45 y 50 años comienzan a ocurrir más cambios “involutivos” que a los 60 o 70 años.

- “Criterio funcional”: La vejez está relacionada con la pérdida de funciones. Este término está muy arraigado con la enfermedad.
- “Criterio socio-laboral”. En la actualidad, este término es el más extenso de todos. La vejez está relacionada directamente con el concepto de jubilación. No obstante, la jubilación es un concepto relativamente nuevo y que no afecta a todas las personas por igual.

Atendiendo a estos criterios, define Vargas (2010:726) la vejez como “un proceso de cambios determinados por factores fisiológicos, anatómicos, psicológicos, y sociales” que complementan Radan y Ramírez (1985:44) indicando que “la vejez es un proceso múltiple, y por tanto solamente puede ser entendida en su totalidad, y no solo desde el punto de vista de la medicina o de la sociedad, puesto que el interés de la vejez es mucho más que el paso hacia la muerte”.

Es por todo esto, que hay que tener en cuenta la relación entre lo biológico y social, es decir, como indica Laurel (1982:8), el proceso entre Salud y Enfermedad guarda especial vinculación con la sociedad en la cual se presenta; la mejoría de las condiciones de Salud de la población necesita algo más que una intervención médica involucrando cambios sociales.

1.2 Importancia Sanitario-Social de la Vejez

A menudo, las prioridades para la investigación histórica están supeditadas por los intereses de la sociedad actual y por tanto, es imposible intentar entender el momento sin entender la sociedad actual.

La vejez actualmente según Reher (1997:63), está siendo vislumbrada como uno de los retos más importantes de nuestra sociedad. El aumento de la ancianidad promete traer inmensas implicaciones económicas, sociales y culturales. Por ello, un gran número de profesionales procedentes de distintas especialidades, se esfuerzan por discernir este fenómeno.

Pero antes de nada, estudiaremos la vejez a lo largo de la historia según Trejo (2001:109), que divide la historia de la vejez en distintas épocas:

Las culturas primitivas

Hasta el momento no hay indicios de que los ancianos primitivos dejaran constancia de sus actividades o pensamientos, sin embargo, en comparación con otras culturas ágrafas (que no pueden escribir) se puede imaginar que la longevidad para estas culturas es motivo de orgullo para el clan, de esta manera, los ancianos eran los depositarios del saber y la memoria que les acercaba a sus antepasados. Muchos de ellos, podrían llegar a constituirse como “médiums” entre los vivos y el más allá.

Estos, ejercían también labores importantes en la tribu, como la de sanadores, jueces o educadores. Es decir, la vejez simbolizaba la sabiduría y el archivo histórico de la comunidad. Es por ello, que alcanzar este estadio era considerado todo un privilegio, una proeza, que sin la gracia de los dioses no podría alcanzarse, considerando la ancianidad una recompensa divina entregada únicamente a los más justos.

El mundo griego

La concepción del pensamiento de esta época dio un paso desde el mito a la razón humana, la percepción de lo natural y el sentido de la perfección, desplazan al anciano a una situación inferior. Los dioses olímpicos poco interés les tuvieron. Para los griegos, amantes de la belleza y la perfección, la vejez, con su desgaste, no podía significar otra cosa que el insulto al espíritu, por lo que continuamente se mofaban de ella en sus comedias.

Las sociedades atenienses comenzaron a crear un considerado número de leyes en favor del respeto de los ancianos, sin embargo, dichas leyes no eran muy acatadas, por lo que creemos que la vejez más que ser un privilegio, fuese una tara para esta sociedad.

En contraposición, podemos ver que es en Grecia donde por vez primera aparece un vestigio de servicios para la sociedad, siendo los propios ancianos los, principales beneficiarios de estas ayudas atribuidas en concepto de caridad.

El mundo romano

Esta nación descrita como tolerante, dúctil y con sentido práctico. Este espíritu práctico promovió la atención al anciano, planteándose los problemas equivalentes a la vejez en

casi todas sus áreas de conocimiento (Políticas, sociales, psicológicas demográficas y médicas).

De esta manera el Derecho Romano tipificaba la figura del “Páter familia” (Padre de familia) que concedía a los ancianos un poder casi tiránico sobre la familia. El “Páter familia” agrupaba todo el poder y no rendía cuentas ante nadie. Este poder era de carácter vitalicio e ilimitado, pudiendo incluso, disponer de la vida de cualquiera de los miembros de la familia, si así lo deseaba. Es por esto, que la “Mater familia” estaba relegada a un papel secundario, sin embargo, gozaba de la simpatía y la tolerancia de su familia, logrando así un prestigio sobre el tirano doméstico.

La república, fue la época de oro para los ancianos. Sin embargo, a partir del siglo I a. C, se produce un periodo inestable que hace que los valores tradicionales cambien, dando comienzo a un nuevo periodo prolífico para las artes y la economía, declinándose de esta manera el poder del senado y de los ancianos, el cual, fue menguando a lo largo del imperio, pese a que muchos ancianos, recibieron cargos importantes.

La edad media

La denominada “Edad oscura” (del siglo V al X) es considerada, como una de las épocas de mayor barbarie y brutalidad, predominando ante cualquier cosa la fuerza, por lo que no es difícil deducir que el término vejez durante este periodo es considerado como el destino de los débiles y rechazado por ello. Mientras tanto, la iglesia católica es la encargada de la ayuda y el auxilio de los más desfavorecidos de manera temporal en hospitales y monasterios.

Durante este periodo, los misioneros clamaban por la conversión especialmente de los más jóvenes y mujeres, por lo que esta nueva convicción de la juventud hacía que se revelaran ante las viejas costumbres, defendidas mayoritariamente por los “viejos padres”.

El renacimiento

A lo largo del siglo XV, la sociedad comenzó a entusiasmarse, con el descubrimiento de las bellezas ocultas del mundo romano, que se encontraba por entonces sepultada. Esta naciente cultura, ahora centrada en el yo, progresaba, tras siglos de cautiverio detrás de

la seguridad de sus murallas, rechazando sin ningún pudor la vejez. De igual manera que hicieron las culturas griegas, rehuían de todo concepto relacionado con la fealdad, crepitud y decadencia. Es posible que durante este periodo, fuese el más agresivo ante el concepto de vejez.

El modernismo

El triunfo del pensamiento liberal, trajo consigo unas consecuencias políticas revolucionarias, que terminaron derivando en la formación de repúblicas, esta revolución, no solamente significó el cambio de poder, sino, también la aparición de una clase nueva de ciudadanos: los burócratas. De esta manera, aparece en escena un nuevo estamento de funcionarios.

Antes de las revoluciones liberales, el poder lo ejercían los reyes, sus familias y un círculo próximo a la nobleza, sin embargo, tras las citadas revoluciones, el poder pasó a identificarse a través de figuras de representación concretas, escogidas por el pueblo de manera reglamentada.

Con la implantación de este nuevo modelo, se entiende, que de este sistema surja la despersonalización de los individuos ante el creciente poder de los funcionarios de esta nueva organización.

En los últimos años del modernismo, el hito más significativo está, en relación a la creación del concepto “jubilación” que según Cabanelas (2013:280), ha supuesto el “retiro del trabajo particular o de una función pública, con derecho a percibir una remuneración calculada según los años de servicios y la paga habida”.

Reher (1997:116), nos continua informando, que desde un punto de vista económico, se evoluciona de tal manera, que la jubilación pasa de ser una “gratificación benevolente” a un “derecho adquirido” para dar una remuneración, pasada una edad, por la cual, se entiende que existe un descenso del rendimiento. De esta manera, se crean los primeros servicios de seguros sociales.

Con el incremento de la esperanza de vida, el procedimiento se mantiene, sin embargo la edad de jubilación se posterga, entendiendo que si el anciano no puede continuar produciendo, puede seguir consumiendo.

El mundo contemporáneo

En este periodo, cabe destacar tres características importantes que comienzan a manifestarse: Por un lado, tenemos la complejidad social que hace inevitable el pluralismo en la sociedad, producida por la estridencia relativa a las grandes concentraciones de personas en las grandes megalópolis, de las cuales comienzan a convivir varias generaciones simultáneamente (producida en gran medida por el aumento de la esperanza de vida).

Por otra parte, “la secularización” producida con el inicio de la creación de los estados modernos que han ayudado a una “concepción más autónoma de la persona”.

Por último, la llegada de la “tecnociencia”, que con su predominio sobre otras ciencias nos ha llevado incluso a “venerarla”. Este poder, ha sido tan dominante, que ha conseguido cambiar todos los ámbitos de la vida humana.

De esta manera, las nuevas condiciones de vida derivadas de dicha “tecnociencia” han conseguido envejecer a los pueblos otorgando una mayor esperanza de vida, haciendo que la ancianidad sea el grupo etario con mayor velocidad de crecimiento, provocando consigo, el empobrecimiento progresivo, agravado por la mayor necesidad de asistencia médica.

Actualidad

Tras este recorrido histórico acerca de la vejez que nos ha ayudado a entender el proceso histórico-social que conlleva este término, estudiaremos en este momento la situación actual que existe en torno a la vejez, de esta manera según explica Abellán et al (1992:11) los cambios en los patrones demográficos en estos últimos años (entre otros el envejecimiento) tiene unas implicaciones que afectan a la vida y a la política social económica y social.

Este envejecimiento, es el nuevo reto que deberemos afrontar, puesto que a la sociedad le interesan bastante los aspectos económicos y sociales derivados de estos cambios.

Actualmente decimos que España envejece por diversos motivos:

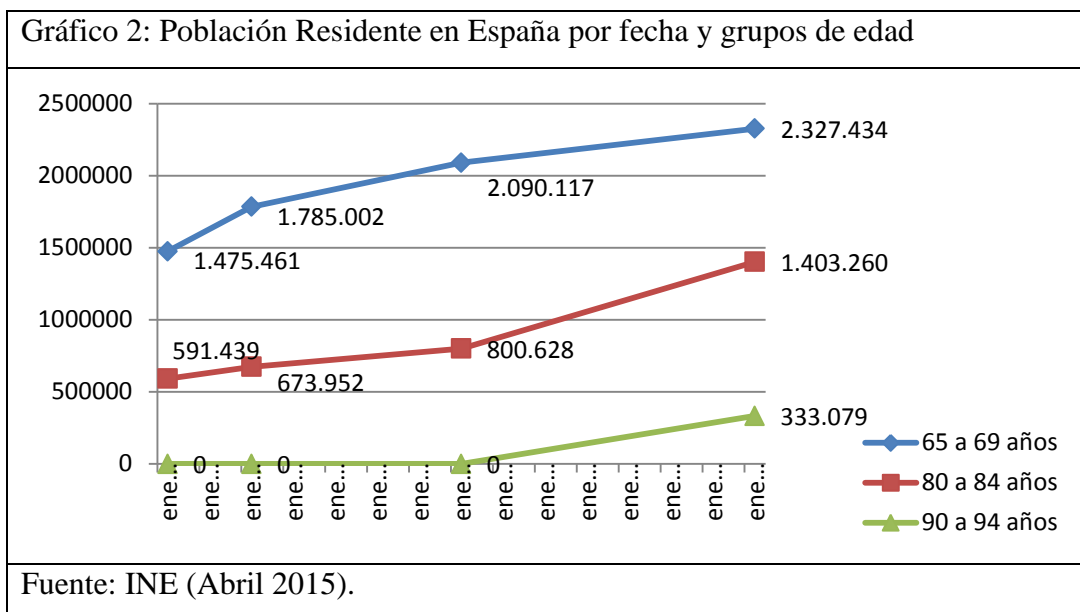
- Las tasas de fecundidad en los últimos años han caído, por tanto, el número de niños ha disminuido en relación con el conjunto de la población.
- Debido al incremento de la esperanza de vida, existen muchas más personas mayores de 65 años, dando un mayor peso relativo como grupo de edad (actuales 67 años tras la Ley 27/2011, de 1 de agosto).
- Este grupo, en la actualidad representan el 80% de los fallecimientos (cuando a principios de siglo no llegaban al 30%), por lo que el problema resulta mucho más llamativo, lo que crea una mayor conciencia ciudadana.

Dado que este grupo de población cada año va en auge, las demandas de dicho grupo aumentan, apareciendo demandas nuevas, definidas por el autor como “Carga social”, es decir:

- Mayor mantenimiento de los recursos económicos.
- Aumento de las prestaciones sanitarias, dado que este grupo, tiene un mayor riesgo de enfermedad, incapacidad o incluso muerte. Por lo que consumen la mayor parte del gasto médico.
- Incremento de los servicios asistenciales, relacionales y de alojamiento, debido a que un alto número de viviendas, no están equipadas adecuadamente.

Como podemos ver, la edad, tiene una cierta transcendencia económica, puesto que, las repercusiones de la evolución demográfica son un factor prioritario de análisis social.

Analizando los datos que nos ofrece el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el gráfico 2 podemos ver el constante crecimiento de la población mayor de 65 años en adelante.



De esta manera, vemos como en el año 1986 la población en edades comprendidas entre 65 y 69 años era aproximadamente de un total de 1.400.000 personas ancianas, en tan solo 4 años ha aumentado en aproximadamente 400.000 personas, es decir, en tan solo 4 años la población comprendida entre estas fechas ha incrementado en un 20.9%, a su vez, pasados 10 años (año 2000) el incremento vuelve a ser otra vez del 17.1% hasta la actualidad, que ha vuelto a incrementar otro 11.35%, es decir, la población comprendida entre los 65 y los 69 años, ha aumentado un 49.35% en los últimos años desde enero de 1989 hasta enero de 2014.

Lo mismo ocurre, con las edades comprendidas entre los 80 y 84 años, observando que en el primer periodo existe un crecimiento del 13.9% en el segundo periodo del 18.8% y en el último periodo, vemos un notable crecimiento del 75.2% de población, que posiblemente, se vean representados en la población de mayores de 90 años. Este fenómeno, dice Alberdi (1999:9) puede ser producido por una mejora en la esperanza de vida producida por los avances médicos.

Es decir, existe una relación estrecha entre los avances médicos y el incremento de la esperanza de vida de la población. Sin embargo, esta mejora también es producida como consecuencia indirecta de la implantación del llamado “Estado del Bienestar”, que llevaba implantándose en nuestro país dice Rodríguez, G. (1989, 80), desde el año 1964 que comienza por entonces a constituirse todo un entramado institucional de los

diferentes sistemas de protección social, concluyendo entre 1975 y 1988, asistiendo al llamado por entonces “Proceso de universalización del Estado de Bienestar”

1.3 Salud Pública y Vejez

Según Reyes (2004:151), la vejez es un periodo de retroceso, físico y psíquico, por el cual, se cambia notablemente el aspecto del individuo, hay transformaciones en la textura de la piel y de los músculos. Se mantiene el rendimiento intelectual, la idiosincrasia, es más relajada y por regla general, los patrones de conducta se vuelven más conservadores. Por tanto, la vejez implica un proceso de retroceso en detrimento a otros nuevos factores, demandando más amor, afecto familiar, comprensión, etc. debiéndose estimular todo un proceso de rehabilitación psíquica y social para que estas personas puedan continuar siendo válidas, siendo por tanto, una de las justificaciones por la cual la Salud Pública se relaciona con la vejez.

Tras la aparición de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. En su artículo 19 “la prevención de problemas de Salud” asienta a través de la prevención las bases del trabajo de la Salud Pública dentro del campo de la gerontología.

“La prevención tiene por objeto reducir la incidencia y la prevalencia de ciertas enfermedades, lesiones y discapacidades en la población y atenuar o eliminar en la medida de lo posible sus consecuencias negativas mediante políticas acordes con los objetivos de esta ley.” Art 19.1 Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Asimismo en el apartado “D” de esta misma ley asienta las bases para el trabajo con el colectivo “vejez”, “Desarrollarán programas de prevención dirigidos a todas las etapas de la vida de las personas, con especial énfasis en la infancia y la vejez.”.

Viendo la importancia que tiene la Salud en el ámbito de la vejez, y el peso en la sociedad que tiene este colectivo, como hemos visto, no es de extrañar que los gobiernos a través de los sistemas de Salud Pública elaboren planes de acción para un mayor control y estudio de la vejez.

1.4 Definición Salud Pública

Según explica Caraballosa. et al (2004:15), para entender el término Salud Pública, habría que diferenciar los términos “medicina comunitaria”, “medicina social preventiva” y el de “higiene social”. Estos términos utilizados de manera indiscriminada, puede provocar en ocasiones confusión.

El surgimiento de estos términos, va incluso “más allá” de la concepción política de la Salud Pública e ideológica del estado que la desarrolla.

- El término “medicina social” explican los autores, es un producto de algunos países europeos como son Francia, Alemania o Bélgica, “firmemente basados en la profesión médica”. Representa de esta manera la preocupación por los factores sociales que podían originar enfermedades, así como la necesidad de que los gobiernos actuaran en todas aquellas posibles áreas afectadas y sobre la atención médica.
- El término “medicina comunitaria”, fue imperante en los Estados Unidos, como un sustituto de la medicina social, creyendo que la utilización de la palabra “comunidad” implicaba una intervención a escala local, más que a nivel nacional.
- En la antigua unión soviética y países de la Europa Oriental, se desarrolló el término “higiene social”.

En Europa Occidental y los Estados Unidos, el “común denominador” de los conceptos utilizados, era el de medicina. Por lo que se considera que la “medicina, comunitaria, social y preventiva son subdivisiones de una disciplina mucho más global, es decir, la medicina”.

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública en su artículo 1 define a la Salud Pública de la siguiente manera:

“La Salud Pública es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como para proteger, promover y recuperar la Salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales” Artículo 1. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Según Navarro (1998:49) “la Salud Pública es la actividad encaminada a mejorar la Salud de la población”. Pero, para entender mejor esta definición, habría que desglosar los términos principales “Salud” y “población”.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946:1) el término Salud, abarca mucho más que la ausencia de enfermedad, sino que para tener una buena Salud, además de la ausencia de enfermedades, es el estado de bienestar físico, psicológico y social del individuo y del entorno que le rodea. En este sentido, se considera la Salud no solo algo somático o psíquico, sino también social, importando además las intervenciones sociales tales como la renta, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, etc. Este avance reconocido por la OMS en 1952, representó un avance en nuestra sociedad, definiendo el concepto “Población”, es decir, es el “sujeto de acción salubrista”.

Como ejemplo podríamos decir que el Sistema de Salud al completo es como un gran “iceberg”, es decir, dentro del conjunto total de la población, es solo una pequeña parte de la ciudadanía que por diversos motivos se consiguen beneficiar del Sistema de Salud. Históricamente, el sistema médico únicamente se ha encargado de todas aquellas personas que acudían al propio sistema, pero los problemas de la población, son mucho más amplios que todo esto. Estos problemas, no solo incluyen la parte visible del “iceberg” (todos aquellos pacientes que acuden al sistema), sino también, la parte oculta de dicho iceberg, es decir, todas aquellas personas que por voluntad propia no acuden al sistema, así como aquellas personas que estando completamente sanos, pueden ser vulnerables a la enfermedad, pudiendo reducir dicha vulnerabilidad o incluso reducirse con la ayuda de la intervención del Sistema de Salud. Es pues tanto, obligación del Sistema de Salud encargarse de todo el “iceberg” atendiendo a toda la población, y no solo a la parte visible del “iceberg”.

El concepto Salud Pública indica Caraballos (2004:16), podría definirse incluso como una “actividad gubernamental y social importante de naturaleza multidisciplinar que se extiende a casi todos los aspecto de la sociedad”. En este sentido la palabra clave no es tanto medicina como la de Salud.

Como última definición a aplicar destacaremos la definición que proporciona la propia Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública indica:

“La Salud Pública es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como para proteger, promover y recuperar la Salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales” Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Con esta ley podemos ver como la Salud de la población es determinada por las políticas e intervenciones que se realizan en otros ámbitos, así, la seguridad sanitaria se basa en unos adecuados servicios de información, con un especial énfasis en la coordinación entre los distintos centros que de alguna manera protegen la Salud de la población. De esta manera, no solo se trata de conciliar actuaciones para mejorar las actividades realizadas por las administraciones, se requiere con todo esto una organización que consiga una cohesión humana.

Continuando hablando de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública vemos en su Artículo 19. La prevención de problemas de Salud

Artículo 19.1: “La prevención tiene por objeto reducir la incidencia y la prevalencia de ciertas enfermedades lesiones y discapacidades en la población y atenuar o eliminar en la medida de lo posible sus consecuencias negativas mediante políticas acordes con los objetivos de esta ley” Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Estableciendo el marco principal de actuación del Trabajo Social en su apartado “D” indicando que se “Desarrollaran programas de protección dirigidos a todas las etapas de la vida de las personas con especial énfasis en infancia y vejez”. Marco fundamental para el desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

1.5 La Salud Pública en la historia

Según Cruz (2004:44), debido a la condición inalienable a la condición humana la Salud y Enfermedad ha estado presente desde siempre, siendo la Salud uno de los valores máspreciados.

Dichos conceptos no han sido vistos así durante toda nuestra historia, diferenciando el autor distintas visiones de la realidad para distintos momentos históricos.

Narey (2000:78) indica que el verdadero inicio de la Salud Pública se dio en la Roma antigua, cuando se comenzaron a desarrollar conceptos como la “Higiene Pública”, que se dedicaba a aspectos preventivos relacionados con las ciudades, por el cual, estableció de vital importancia toda mejora relacionada con el agua como acueductos, alcantarillado, etc.

Restrepo (2002:16) indica que con la llegada del s.XX trajo consigo un tránsito del capitalismo al socialismo, trayéndonos nuevas concepciones sobre la Salud y la Enfermedad.

Sin embargo, hoy en los países más desarrollados, “caracterizados por el cambio de estructura de la población, la intelectualización del trabajo, el aumento de la utilización de la energía neuropsíquica, la disminución del trabajo físico, etc.” Han comenzado a predominar las enfermedades crónicas degenerativas y las primeras causas de muerte han pasado a ser afecciones cardiovasculares, los accidentes, etc. Por lo que se puede ver que el proceso de Salud Enfermedad se ha modificado en los últimos años.

1.6 Trabajo Social y Salud Pública

Según afirma el Consejo General de Trabajadores Sociales (2015), se define Trabajo Social como:

“El Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del Trabajo Social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el Trabajo Social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.” Consejo General de Trabajadores Sociales.

Atendiendo a esta definición, atestigua Ruiz (1991:28), el Trabajo Social ha tenido desde su propio nacimiento, una fuerte relación con el campo sanitario, en el que no solamente se incluyen los trabajadores sociales en aquellas áreas tradicionalmente determinadas de “la salud” sino también en todas aquellas instituciones que por su naturaleza contribuyen a dicho bienestar de la Salud.

Es por todo esto, por lo que el trabajador social ocupa y desempeña un “Rol de Frontera Organizacional” esto significa, que el trabajador social, en su papel de persona que acoge al usuario, es capaz de poder conocer y organizar las diferentes áreas de conocimiento, para una mejor organización interdisciplinar, así mismo el trabajador social “sirve de mediador o vínculo entre el usuario y la institución” como puerta de entrada al sistema.

Según Afirma Kinsnerman (1986:121)

“El trabajador Social no restituye la Salud ni tiene viviendas para otorgar, ni posibilidades de dar un trabajo efectivo a las personas. El trabajador social es el agente de una profesión y su quehacer tendrá que ver con la definición o indefinición que haga su tarea”.

Para ello, según indica el autor, el trabajador social tiene la necesidad de conocer científicamente los problemas con los que trabajará, determinando la manera, por el cual, las personas se enfrentan a sus problemáticas, ayudando a ver las posibles alternativas de solución y capacitando para que cada individuo sea capaz de asumir el papel de “sujetos” para la transformación de los mismos.

El trabajador social, dentro de la paleta de quehaceres profesionales que tiene, ejerce como complemento de apoyo, de todas aquellas acciones “médico-sanitarias” que la normativa le encomiende a través de programas integrados y jamás de acciones aisladas, por lo que el Trabajo Social es “un subsistema intermedio en su complejidad, sea esta ministerio o secretaría de la Salud, coordinación sanitaria regional u hospital”.

Los objetivos de la disciplina del Trabajo Social por lo tanto, están inmersos y cohesionados en los objetivos generales de la “institución de la Salud”, enfocado desde el punto de vista de los problemas y necesidades de la sociedad.

Debido a que estos objetivos son muy complejos deben, por ello, ser alcanzados de manera gradual, a través de los “objetivos específicos” que tienen que tener una cierta relación entre ellos para poder cumplir, los objetivos generales de “promover, prever, recuperar y rehabilitar la Salud”.

Estos objetivos específicos según el autor son los siguientes:

1. Aportar al equipo sanitario el estudio de todas aquellas variables “socioeconómicas” y culturales que incidan en la etiología, la distribución y el desarrollo de la enfermedad y todo aquello que le conlleva a la sociedad, localizando, identificando, controlando o eliminando, aquellos que impiden el perfecto funcionamiento y la consecución de objetivos de la Salud, así, como la plena utilización de los servicios, localizando e identificando aquellos que favorecen su logro.
2. Orientar y capacitar a los pacientes, familiares y comunidad en general, de los problemas asociados a la enfermedad con el fin, de que se asuman como “agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la Salud”, aceptándola como un valor de la sociedad que se debe preservar.
3. “Participar en la formulación, la ejecución y evaluación de políticas de Salud desde el punto de vista de su competencia”.

1.7 Funciones del Trabajo Social en el área de la Salud Pública

Según indica Kinsnerman (1986:122) en su libro, el trabajador dentro del área de Salud tiene hasta un total de cuatro funciones específicas. Promoción, Prevención, Recuperación, Rehabilitación.

1.7.1 Promoción: Como trabajadores sociales debemos:

- I. “Elaborar, ejecutar y evaluar programas” de divulgación de los distintos factores que están relacionados con la Salud, tanto para que sean útiles para los usuarios reales y potenciales de la Salud como a todos aquellos dirigidos hacia otras profesiones.
- II. Administrar la información necesaria sobre los derechos y deberes de los ciudadanos referente a la Salud.

1.7.2 Prevención: Las funciones que desempeña el profesional de Trabajo Social en el área de Salud son:

- I. Realizar estudios sobre la incidencia de las variables sociales, culturales y económicas de la etiología, la distribución y el desarrollo de posibles problemas que pueda tener la Salud Pública.
- II. Realizar estudios de las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a unos niveles de Salud óptimos.
- III. Realizar estudios acerca del nivel de aprovechamiento de los servicios de la Salud por parte de los usuarios, de igual manera los programas, y las expectativas que tienen de dichos servicios.
- IV. Participar en el estudio de la calidad, cantidad y recursos pertenecientes al área de Salud.
- V. Orientar y capacitar al conjunto de la población sobre la existencia y uso de los recursos institucionales, que puedan ayudar a asegurar que todo el mundo pueda alcanzar una mejora en la calidad de vida.
- VI. Orientar y fortalecer a la unidad familiar para darles capacidad de manera que puedan asegurar una Salud plena, a todos sus miembros.
- VII. Capacitar a un grupo de voluntarios, auxiliares y alumnos del área de Trabajo Social, para que puedan ejecutar acciones de Salud de forma óptima.

1.7.3 Recuperación: El trabajador social tiene que:

- I. Cooperar con el equipo de Salud a mermar, atender y restaurar, los daños que han sido producidos por la enfermedad.
- II. Capacitar al enfermo y sus familiares para que puedan ser también agentes de recuperación.

1.7.4 Rehabilitación comprende:

- I. Asegurar que toda persona enferma o “minusválida física o mentalmente” pueda llegar a lograr utilizar el máximo de su potencial.
- II. Orientar a los medios familiares, escolares y comunitarios para la reubicación social del enfermo o “minusválido”.

Este trabajo será abordado a través de un recorrido lineal, de tal manera, que el lector pudiera llegar a comprender claramente el desarrollo de las ideas que este documento trae consigo mismo y de qué manera estos conceptos se relacionan entre sí y la justificación del por qué estudiamos lo que estamos estudiando.

El motivo por el cual he escogido este tema para realizar mi Trabajo de Fin de Grado es, por la cercanía que tengo con el colectivo de población envejecida, debido al trabajo que desempeño como Técnico Superior en Animación Sociocultural (TASOC) en el Centro de Referencia Estatal de Alzheimer y otras Demencias (CREA) desde hace 5 años, es por ello, que he podido desarrollar una cierta cercanía hacia este grupo social y desarrollar un interés y consideración hacia estas personas que son merecedoras de todo nuestro respeto y admiración, y que en muchas ocasiones, nuestra sociedad tiende a ver en ellos únicamente un estereotipo negativo como así mantiene Larrondo, A (2009), sin llegar a comprender que la edad no solamente trae arrugas, si no experiencia.

1.8 Objetivos

Con la elaboración de este trabajo nos hemos planteado conseguir una serie de objetivos que creemos oportunos para poder comprender que es el Trabajo Social, como trabaja y en qué situación actual se encuentra.

Los objetivos planteados son los siguientes:

Objetivo General	I.	Definir el trabajo que desempeña el profesional del Trabajo Social
	Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar que normativas vigentes son las que rigen el trabajo que desempeña un profesional del Trabajo Social
Objetivo general	II.	Exponer los activos con los que trabaja un profesional del Trabajo Social
	Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Enunciar los distintos grados de dependencia para así poder trabajar de manera individualizada con cada usuario. - Resumir las distintas herramientas que prevé el catálogo de Servicios Sociales para los distintos usuarios.
Objetivo general	III.	Concretar la situación actual de la disciplina
	Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar las modificaciones más importantes que ha sufrido la ley de dependencia en los últimos años. - Comparar que dicen los distintos autores acerca de la ley de la dependencia. - Enunciar que políticas actuales se pretenden llevar a cabo por los distintos partidos políticos que desean llegar al poder.

2. REVISION E INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA

2.1 *La ley de la dependencia*

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia (2006:1) se define así misma como una nueva modalidad de protección social, de esta manera amplía y perfecciona la protección que da el Sistema de Seguridad Social ya existente hasta el momento, para que se pueda llegar a atender a la mayor parte de la población posible, ya sea por su edad (envejecimiento del envejecimiento) o por otras razones, ya sea enfermedad, discapacidad o limitación en cualquier otro grupo de edad.

Como preludio a la ley de dependencia se elaboró el llamado Libro Blanco de la dependencia en el año 2005 que ha servido como apoyo, para la elaboración de dicha ley.

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) en su Libro Blanco (2004:17) nos vienen a informar como la Unión Europea a lo largo de estos últimos años, ha ido promoviendo diversas iniciativas y recomendaciones con el interés de mejorar la calidad de vida de todas las personas dependientes y sus cuidadores. A mediados de la década de los 90, se constituyó un grupo de expertos que elaboró un texto que pudiese ser asumido por la mayoría de los países miembro de la Unión Europea. En dicha recomendación, el consejo de Europa define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o, siendo más precisos, como:

“Un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tiene necesidades de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal” IMSERSO Libro blanco de atención a las personas en situación de dependencia.

Es por ello que la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia, nace como viene a indicar en su exposición, de motivos con el propósito de:

“Atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía” Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Como breve resumen de esta ley, reflejaremos en su artículo 1 que tiene como objeto: “Regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personas y atención a las personas en situación de dependencia”, por el que indica en su artículo 26, clasificando a las personas en tres grados de dependencia, atendiendo a la cantidad de ayudas que necesita a lo largo del día siendo estos:

- a) Grado I. Dependencia Moderada: “Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal”.
- b) Grado II. Dependencia Severa: “Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal”.
- c) Grado III. Gran Dependencia: “Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal”.

Para dar respuesta a las necesidades provocadas por esta dependencia, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad establece un catálogo de prestaciones denominado como Servicio de la Autonomía y Atención para la dependencia (SAAD) siendo regulado por el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la

Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Teniendo dicha ley por objeto indicado en su artículo 1 “la regulación de los servicios y las prestaciones económicas por grado de dependencia, y los criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios del catálogo”.

Los servicios que este catálogo prevé quedan regulados en el artículo 2. “Servicios y prestaciones económicas por grado de dependencia” estableciéndose, en dos tipos de ayuda, resumidos de esta manera:

1. Servicios:
 - a) Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
 - b) Servicio de Teleasistencia.
 - c) Servicio de Ayuda a domicilio.
 - Atención de las necesidades del hogar.
 - Cuidados personales.
 - d) Servicio de centro de día y de noche.
 - Centro de día para mayores.
 - Centro de día para menores de 65 años.
 - Centro de día de atención especializada.
 - Centro de noche.
 - e) Servicio de Atención Residencial.
 - Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
 - Centro de atención a personas en situación de dependencia en razón de los distintos tipos de discapacidad.
2. Prestaciones económicas
 - a) Prestación económica vinculada al servicio.
 - b) Prestación económica para cuidados en el entorno familiar.
 - c) Prestación económica de asistencia personal.
 - d) Ayuda económica para facilitar la autonomía personal.

2.2 Modificaciones a la ley de la dependencia

Tras la aparición de la ley de la Dependencia han ido apareciendo una serie de modificaciones que han ido cambiando algunos aspectos de la dependencia en España en los últimos años. Estos han sido algunos:

- Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. Este decreto viene a implantar en su artículo 5.2, un plazo máximo de seis meses en las resoluciones del reconocimiento de la prestación por dependencia, de manera independiente a lo que la administración haya establecido, en sus procedimientos.
- Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas (...). Este Real decreto determina en su artículo primero, los criterios para intensificar la protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la ley de la Dependencia.
- Ley 17/2012, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2013. Por el cual como indica en su preámbulo, la implantación de esta nueva ley.

“Persigue garantizar la sostenibilidad financiera de todas las Administraciones Públicas, fortalecer la confianza en la estabilidad de la economía española, y reforzar el compromiso de España con la Unión Europea en materia de estabilidad presupuestaria. El logro de estos tres objetivos contribuirá a consolidar el marco de una política económica orientada al crecimiento económico y la creación del empleo”. Ley 17/2012, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2013.

- Real Decreto-ley 20/2012, del 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. En su artículo 22 perteneciente al título III de medidas de racionalización del sistema de la dependencia indica:
 - Artículo 22.4 Que las personas en situación de dependencia o allegados a estas, estarán obligadas a presentar todos los datos que sean requeridos por las administraciones, para poder valorar el grado de dependencia del enfermo, comunicando así, todo tipo de ayudas personalizadas que reciban, para aplicar las prestaciones económicas y ser empleadas únicamente para las finalidades para lo que han sido otorgadas.
 - Artículo 22.8 Aporta la nueva creación de un Consejo territorial de Servicios Sociales y SAAD, como instrumentos de cooperación para una mejora de la articulación de los Servicios Sociales y promoción para la dependencia. El objetivo principal de dicho consejo, será conseguir la máxima coherencia en la determinación y aplicación de las múltiples políticas sociales ejercidas por la Administración General del Estado (AGE) y las Comunidades Autónomas (CCAA) a través de un intercambio de “puntos de vista” y el examen común de los problemas que puedan llegar a plantearse.
 - Artículo 25bis. Informa que las prestaciones económicas a partir de ese momento serán incompatibles entre sí con los servicios que aporta el catalogo establecidos en el artículo 15, a excepción, de los servicios de prevención de las situaciones de dependencia, de promoción a la autonomía personal y teleasistencia.
 - Artículo 30. Relacionado la revisión del grado de dependencia y de las prestaciones reconocidas, por el cual según indica dicho artículo el grado de dependencia será revisable, a solicitud del interesado siempre y cuando exista una mejora o empeoramiento de la situación del dependiente, o tras el error en el diagnostico o aplicación del baremo correspondiente.

3.DISCUSION TEORIA Y FORMULACIÓN DE INTERROGANTES

3.1 Reflexiones acerca de la ley de la dependencia

La ley de la dependencia ha sido una norma bastante debatida, por lo que estudiaremos a través de distintos trabajos que piensan los distintos autores sobre los puntos fuertes y débiles que trae esta ley.

¿Es verdad que la ley para la dependencia busca realmente proteger al conjunto total de la ciudadanía, haciendo especial hincapié en la protección de los más dependientes, para que estas personas puedan tener una vida digna?

De Lorenzo y Martínez (2006:74) destacan la “virtualidad” que el artículo 149.1.1ª de la Constitución Española (CE) puede tener en la distribución de las condiciones básicas, que garanticen el ejercicio de los derechos constitucionales por parte de todos los españoles; garantizándose un marco de igualdad, pero, sin llegar a pretender una gran uniformidad en el régimen aplicable en todo el territorio nacional, sino, favoreciendo la mayor adaptación a las normas aplicables a cada Comunidad Autónoma, relacionadas con las necesidades y/o preferencias que se pueda manifestar en cada una de ellas.

“El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias: 1.1ª La regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes constitucionales” Artículo 149.1.1ª Constitución Española.

Sin embargo, Pérez y Baeza (2006:18) vienen a indicar que la Ley para la Dependencia es una ley “Vacía de contenido”, debido a que dicha ley está inspirada ante un marco competencial del Estado del artículo 149.1.1ª de la CE. Dicho precepto otorga al estado las facultades normativas para encuadrar y decidir las condiciones básicas de igualdad y no discriminación de las personas dependientes, de esta manera, se les podrá garantizar los mismos derechos y prestaciones en todo el territorio nacional. Sin embargo, habría que tener en cuenta, que numerosas cuestiones relevantes quedan para el desarrollo reglamentario de la ley y para los múltiples acuerdos que se pudieran dictar con las Administraciones Autonómicas. Por tanto, es necesario, el desarrollo de un marco

reglamentario de esta Ley a efectos de poder comenzar a determinar el verdadero alcance de la misma.

¿Realmente la Ley para la Dependencia se conseguirá vencer el asistencialismo que culturalmente ha sido el método de ayuda que España ha tenido desde siempre o realmente es un arma que el estado ha creado con fines electorales?

Por otro lado, De Lorenzo y Martínez (2006:73) indican que con la implantación de esta norma con rango de Ley supondrá “un avance fundamental en el proceso de modernización del sistema español de protección social, que corresponde de esta manera, a una necesidad cada vez más palpable en nuestra sociedad“, también podrá suponer un apoyo básico y fundamental para todos aquellos grupos que se encuentren especialmente vulnerables, promoviendo dicha Ley un apoyo básico para el ejercicio de sus derechos e incluso para la realización de sus actividades de la vida diaria.

No obstante, Pérez y Baeza (2006:18) vienen a responder que nos encontramos ante “una ley de carácter asistencial fundamentalmente”. Hay escasas referencias a la autonomía de la persona en situación de dependencia, no reflexionando acerca de las medidas para la educación, el trabajo, el ocio, la sexualidad, etc. De esta manera, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, establece que se entiende como personas dependientes “aquellas personas que de manera personal no se pueden valer por sí mismas”, estas personas son en su mayoría personas ancianas. Dejando por tanto, fuera del sistema a toda una colección de colectivos, que por no encontrarse en situación de “Dependencia severa”, sí pueden valerse por sí mismos y por ello poder ejercer su autonomía. Pero que necesitan de medidas especiales, capaces de favorecer la promoción de su autonomía personal y social, como podría ser la inserción laboral o educacional.

Las autoras complementan que, otra medida establecida por esta Ley, es la instauración del llamado Sistema Nacional de Dependencia (SNP), sistema en el cual la AGE las CCAA y las entidades locales podrán dar cobertura en tres niveles, siendo estos:

- Un nivel mínimo garantizado por el estado.
- Un nivel acordado entre el estado y las CCAA.
- Un nivel adicional de protección llevada a cabo por las propias CCAA.

Ahora bien, el artículo 6.2 de la presente ley cita “El sistema se configura como una red de utilización pública que integra de forma coordinada, centros y servicios públicos y privados” por tanto, establece que el sistema se conforma como una red de “utilización pública” (que no pública), que se constituye, de forma coordinada centros y servicios públicos y privados. Dicho de otra manera, se adjudica, junto con los servicios públicos a las empresas privadas u ONG’s el carácter de “garantes” de esos niveles de protección. Además, el artículo 16.4 de esta ley indica que “Los poderes públicos promoverán la colaboración solidaria de los ciudadanos con las personas en situación de dependencia, a través de la participación de las organizaciones de voluntarios y de las entidades del tercer sector.” Este artículo, establece una red de servicios del SND, por el cual menciona explícitamente el papel fundamental del voluntariado, posicionándolo en la propia red de servicios del SND. Por tanto, si la disposición de esta Ley es la configuración del “cuarto pilar” del estado de bienestar, basándose en la figura del voluntariado, “estamos pues ante una nueva gestión privada de servicios que deberían de ser públicos”.

¿El conjunto de prestaciones que la ley para la dependencia establece ayuda también a los cuidadores como indica en su exposición de motivos?

Ante esta cuestión, Iglesias (2006:88), justifica la implantación de la ley de la Dependencia si partimos a considerar que, cuando una persona tiene dificultades para realizar las actividades cotidianas de la vida diaria, dicha atención llega ser cubierta hasta en un 70% de las veces por un cuidador informal.

La asistencia que el dependiente suele tener, tiende a estar asegurada de manera particular por mujeres, debido al menor nivel de integración que estas tienen en el mercado laboral.

Estos cuidadores, tienden a ser una mujeres de edades comprendidas entre los 40 y los 65 años de edad, que como anteriormente ha indicado, o bien no trabaja, o trabaja a tiempo parcial.

Sin embargo, los cambios en la estructura social española, con la incorporación de la mujer en el mercado laboral, la disminución del tamaño del núcleo familiar y la carencia

de estructuras de atención alternativa a los cuidados informales plantea en la actualidad numerosos interrogantes, relacionados con el cuidado de las personas dependientes.

Es por tanto, que la protección a la dependencia debería de abordarse con independencia del Sistema de Seguridad Social, a través del SND, contemplando así, un conjunto de prestaciones para el conjunto de la ciudadanía, financiado por parte de las Administraciones Públicas.

Hemos visto que la ley de la Dependencia realmente está centrada en el cuidado de la población envejecida por tanto, ¿Esta ley podrá proteger a la ciudadanía ante la desigualdad producida por la dependencia en un futuro pese a las posibles crisis que pudieran acaecer?

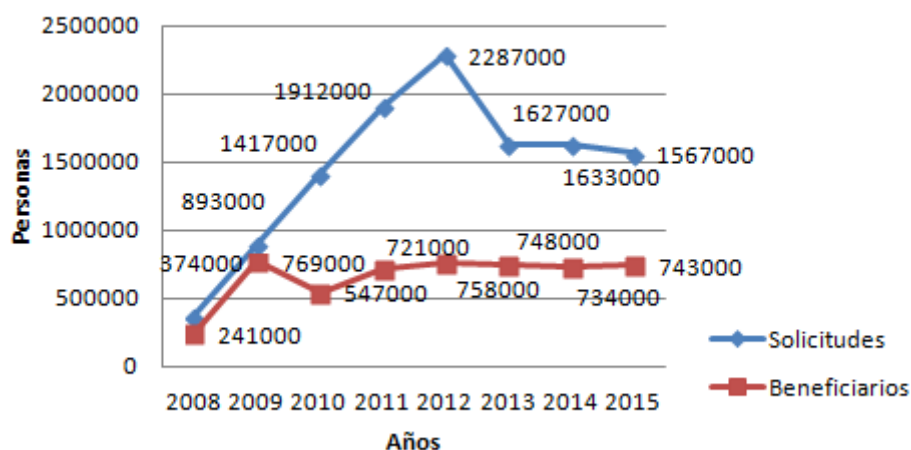
Advierte De Lorenzo y Martínez (2006:74) que las mayores dificultades que en el futuro se vienen a presentar, es mantener un justo equilibrio entre la cobertura universal que garantiza la ley, la suficiencia de la atención que se puede ofrecer en relación a la sostenibilidad financiera del SND.

Algunos autores como Barriaga et al (2013:3) indica que la ley de la dependencia ha pasado por un total de cuatro fases de desarrollo en sus nueve años de vida que lleva teniendo. Estos autores, nos vienen a indicar que en estos momentos nos encontramos ante una fase de “Retroceso y demolición” producido principalmente tras el cambio de gobierno cuya finalidad era sanear la hacienda pública, aparentemente destruida por una época de crisis. Esta destrucción se agudiza con el Real Decreto Ley 20/2012 estudiado anteriormente, que supone un desmantelamiento del SAAD, y un retroceso de los derechos de las personas que se pudieron encontrar en situación de dependencia. Tras los meses posteriores del año, como indica los autores, la tasa de reposición de usuarios deja de mantenerse, los recortes en el presupuesto son llevados a cabo en base al número de fallecimientos, los tiempos entre plazos se amplían para recibir la atención (hasta 2 años y medio) y se recortan prestaciones (15%) y los presupuestos hasta un total de 850 millones de euros anuales.

Como podemos ver en el gráfico 3 en relación a los beneficiarios de la ley de Dependencia, podemos ver cómo tras los primeros 5 años de implantación de la Ley, el crecimiento de personas beneficiarias incrementa de manera regular, hasta el año 2012,

que ocurre un cambio de gobierno comenzando a impulsar una serie de cambios en las políticas sociales que provoca la caída de hasta un 28,86 puntos porcentuales respecto al año anterior.

Gráfico 3: Beneficiarios De la ley de Dependencia



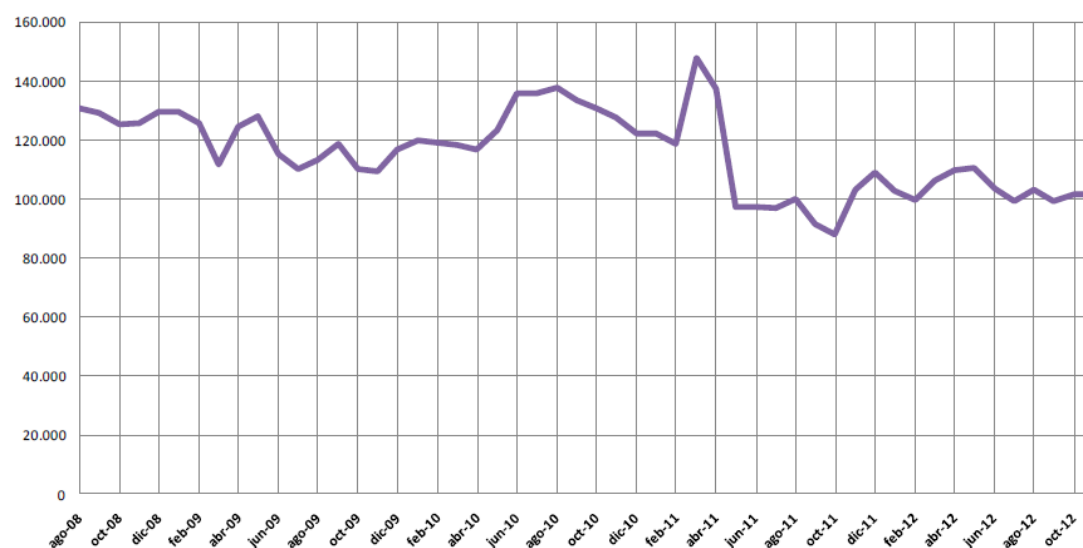
Fuente: Información estadística del SAAD

En relación a las valoraciones realizadas para obtener una prestación por dependencia, en diciembre de 2012 se ha podido realizar dicha valoración un total de 1.538.561 personas, sin embargo, estaban a la espera de ser valoradas 101.429 personas. De esta manera transcurridos seis años de la implantación de la Ley, solo un 0.33% respecto a la población española han podido ser valorados.

En el gráfico 4 se observa como la constante se establece en relación a las 100.000 personas, pese a los cambios que se han producido en el baremo de valoración. Teniendo en cuenta que la media de solicitudes incorporadas cada mes ha caído de manera escandalosa, no se entiende que al finalizar el año 2012 el dato no disminuya tras la implantación del decreto ley 20/2012.

Esto provoca, que a pesar de la bajada del promedio de solicitudes que se realizan cada mes, las cifras se mantengan en torno a las 100.000 personas a la espera de poder ser valoradas, haciendo que una de las secciones que hasta el momento habían funcionado bien, ahora presente aumentos en el tiempo de espera muy elevados.

Gráfico 4: Evolución del nº de personas a la espera de valoración para la dependencia desde agosto de 2008 hasta octubre de 2012



Fuente: Elaboración AEDYGSS a partir de datos oficiales SAAD a desde 1 de agosto de 2008 hasta 1 de diciembre de 2012.

Nota: Las personas a la espera de valoración se han calculado hallando la diferencia mensual entre solicitudes y personas valoradas.

Estudiando los grados en relación a las valoraciones tras finalizar el ejercicio de 2012, existe 401.731 personas que posee el grado III de dependencia, 460.095 personas tiene un grado II de dependencia, 412.020 personas el grado I y hasta 1.528.561 personas han sido determinadas sin grado.

La evolución que experimentan las valoraciones indica, que en enero de 2011, se habría alcanzado el “techo” de las evaluaciones del Grado III provocando que las estimaciones del Grado I quedaran ralentizadas. Este hecho, supone que la distribución de estas, en torno a los grados ha superado las previsiones que se tenían desde un inicio, no tanto, por el número de personas dependientes, como por su grado de dependencia.

¿Realmente la sociedad actual está preparada para acoger el nuevo fenómeno de jubilaciones que se estima de personas pertenecientes al “baby boom” de los años 40 y 50?

Según indica Fidelity (2014:1), el mundo está en un proceso de “envejecimiento sin precedentes” debido al descenso de las tasas de mortalidad y natalidad. Además indica que a partir de año 2045 el mundo experimentará un cambio, debido a que la población de personas superior a 60 años, será mucho más numerosa que los jóvenes de 15 o menos.

Sin embargo, este proceso está costando a los proveedores de pensiones y rentas vitalicias, bastante más de lo que estimaron en un principio. Esto es debido, a que los presupuestos públicos están sufriendo grandes problemas económicos, mientras que los fondos de pensiones y ahorradores particulares, se empiezan a enfrentar a los retos de financiar jubilaciones mucho más largas, debido a la mejora de la esperanza de vida de las personas.

La empresa de seguros Allianz (2011), afirma que en todo el mundo la generación perteneciente al baby boom, se van a tener que enfrentar a un gran reto en cuestiones de jubilaciones debido a tres asuntos a tratar:

- El primer reto se relaciona con el cambio de planes de la jubilación, “con prestaciones definidas a los planes con contribuciones definidas” de esta manera, recaerá mucho más sobre las espaldas de las personas, debido a que la mayoría de los sistemas de Seguridad Social europeos, históricamente han ofrecido generosas pensiones a través del sistema público de reparto. Sin embargo, las reformas actuales han reducido drásticamente dicha generosidad a favor de los sistemas privados de pensiones.
- Como segundo reto, las personas van a poder disfrutar de una mejora en la esperanza de vida. Es por esto, que el tiempo de jubilación aumentará y la financiación decrecerá, a menos, que la edad de jubilación se incremente, (como hemos visto en algunas medidas establecidas por el gobierno).

- El último reto, por el que se enfrentarán los ahorradores, es el del riesgo de inversión. Esto es, “el cambio de los planes de jubilación con prestaciones definidas a los planes con unas contribuciones definidas”, podrá transferir las decisiones de inversión al ahorrador y durante etapas cíclicas económicas problemáticas, como las todas aquellas personas que con la crisis económica han tenido este segundo tipo de plan podrán llegar a sufrir grandes pérdidas.

3.2 La Ley de la Dependencia y Servicios Sociales en la actualidad:

Como preparación al pasado 20 de Diciembre, por el cual se hizo un llamamiento al voto de los españoles para acudir a unas nuevas elecciones generales y elegir nuevo presidente de gobierno, en un momento histórico por el cual, tras vivir 8 años de crisis, han emergido nuevos poderes políticos, que han provocado la destrucción del llamado bipartidismo entre el Partido Popular (PP) y el Partido Socialista Obrero Español (PSOE) con el afloramiento de nuevos partidos políticos como son PODEMOS y CIUDADANOS (Cs), que han ido apareciendo en la nueva vida política con gran ímpetu, como así indica Miquel (2015).

Es por esto, por lo cual analizaremos que propuestas electorales se han puesto sobre la mesa y el motivo del por qué, cada partido político ha pedido el voto de los ciudadanos.

A continuación, pese a que existe una gran cantidad de propuestas y temas para debatir entre todos los partidos políticos, analizaremos únicamente las propuestas más relevantes sobre Trabajo Social y Servicios Sociales, que los partidos más importantes han establecido en sus programas electorales. Dichos partidos serán PP, PSOE, Izquierda Unida/ Unidad popular (IU), Podemos y Ciudadanos.

Las propuestas de los principales partidos políticos los resume el Consejo General del Trabajo Social (2015) en diversos ítems, entre ellos destacamos:

1. Propuestas acerca de la “Ley Marco de Servicios Sociales”.
2. Propuestas para la responsabilidad financiera del sector público.
3. Mención expresa de la figura del Trabajador Social.
4. Propuestas para los ratios de profesionales dentro de las plantillas en los sistemas de protección.
5. Propuestas para mejorar la coordinación y atención socio-sanitaria.
6. Propuestas para un nuevo modelos de Servicios Sociales.
7. Mención expresa de la Seguridad Social como pilar principal de protección social.

Propuestas acerca de la “Ley Marco de Servicios Sociales”	
PP	Aboga por una ley básica de Servicios Sociales de ámbito nacional.
PSOE	Aboga por una ley marco de Servicios Sociales de ámbito estatal, asegurando unos Servicios Sociales universales y sostenibles.
PODEMOS	Propone garantizar una cartera de Servicios Sociales a través de una ley de carácter estatal, para que todas las personas tengan acceso a un catálogo mínimo de Servicios Sociales.
	Además, quieren garantizar los derechos sociales como derecho constitucional.
Cs	Quieren imponer los Servicios Sociales como derecho constitucional, a través de una ley marco de Servicios Sociales.
IU	No menciona la ley marco, sin embargo propone aprobar una carta estatal de servicios y derechos sociales.

Mención expresa de la figura del Trabajador Social	
PP	No hace mención expresa al Trabajo Social.
PSOE	Desean potenciar el triple perfil de los profesionales (Asistencial, docente e investigador), aumentando el número de trabajadores sociales, entre otras disciplinas.
PODEMOS	Indican que la composición de los equipos dentro de los centros de Servicios Sociales será de un trabajador social, un educador social y un psicólogo, sin indicar que el trabajador social será el profesional de referencia como así se indica actualmente en el catálogo de Servicios Sociales.
Cs	No hace mención a la figura del trabajador social.
IU	Aspiran a poder incorporar nuevos perfiles profesionales en la escuela, (entre ellos el trabajadores sociales y educadores sociales), además de fomentar la creación de equipos multidisciplinares, para la mejora a través de forma coordinada.

Propuestas para la responsabilidad financiera del sector público	
PP	No indican nada.
PSOE	Quieren reforzar el sector público como inversión social y garantía de los derechos y libertades.
PODEMOS	Abogan por la prioridad en la gestión de los Servicios Sociales por parte de las administraciones públicas.
	Proponen reducir la externalización de los Servicios Sociales donde sea posible, y de no poder eliminar dicha externalización, por motivos por el cual no se pueda garantizar la calidad y accesibilidad de los servicios propone crear convenios, entre administración y entidades privadas.
Cs	Indican que dicha responsabilidad será garantizada a través de una correcta financiación de los Servicios Sociales.
IU	Aboga por promover unos “presupuestos participativos” encaminados para conseguir la inclusión social, y eliminación de las desigualdades sociales.
	En relación a la economía social, propone potenciar a través del estudio los “campos de colaboración público-social”, así como sus instrumentos legales.

Propuestas para los ratios de profesionales dentro de las plantillas en los sistemas de protección	
PP	No dicen nada al respecto.
PSOE	Simplemente dicen que aumentaran, sin especificar nada.
PODEMOS	Incrementará el ratio de un centro de Servicios Sociales por cada 20.000 habitantes.
Cs	No hace mención expresa a este concepto.
IU	Indican que aumentarán el ratio, sin especificar cantidad, sin embargo específica, que en este sentido el ratio de trabajadores sociales y “otros profesionales” serán el objetivo principal en dichas mejoras.

Propuestas para mejorar la coordinación y atención socio-sanitaria	
PP	Pretenden realizar una actuación integral y coordinada a nivel sanitario, social, educativo y comunitario.
	Pretenden continuar con el modelo asistencial entre Atención primaria, Atención especializada y los Servicios Sociales, centrando toda la orientación a la atención de los enfermos crónicos.
	Quieren organizar un acuerdo marco, con las asociaciones de pacientes.
	Aspiran a promover un modelo integral de atención sociosanitaria que avale la continuidad adaptada entre asistencia sanitaria y social.
	Prometen crear una cartera de Servicios Sociosanitarios y elaborar un mapa de recursos de la misma índole dentro de una posible nueva estrategia nacional de atención sociosanitaria.
PSOE	Habla acerca de la promoción de las redes asistenciales en el ámbito de los cuidados sociosanitarios.
PODEMOS	Hablan de la promoción de una cartera estatal de Servicios Sociales que implicará la puesta en marcha de políticas activas de coordinación intersectorial (sanidad, vivienda, empleo, educación y justicia).
Cs	Promulgan la regeneración del plan sociosanitario, sin especificar nada más.
	Además le darán un mayor protagonismo al Plan Nacional de Dependencia, también sin especificar nada concreto.
IU	Pretende modificar la Ley de dependencia para poder incorporar la asistencia sociosanitaria y la atención a la dependencia como “elemento de equidad”.
	Desean promover un plan sociosanitario que pueda dar respuesta a las necesidades a las demandas de las personas mayores.
	Quieren promover la informatización de las historias clínicas bajo un modelo integrado, para que pueda servir a toda la estructura de Salud y Servicios Sociales.

Propuestas para un nuevo modelos de Servicios Sociales	
PP	No indican nada.
PSOE	Pretenden blindar el Sistema público de Servicios Sociales como cuarto pilar del Sistema de Bienestar, haciendo constitucional el derecho de los ciudadanos a acceder a los Servicios Sociales.
PODEMOS	No hablan de modelos de Servicios Sociales, sin embargo, en ciertas medidas del apartado “Servicios Sociales” hablan de su protagonismo en el ámbito municipal.
Cs	No hablan de modelos de Servicios Sociales, sin embargo, en ciertas medidas del apartado “Políticas Sociales” hablan de su protagonismo.
IU	No habla de ningún modelo de Servicios Sociales.

Mención expresa de la Seguridad Social como pilar principal de protección social	
PP	No indica nada.
PSOE	Indica que la Seguridad Social debería de ser como un cuarto pilar básico del Estado del Bienestar.
PODEMOS	Aboga por la “democracia social” como pilar fundamental de los Servicios Sociales.
Cs	Defienden los Servicios Sociales como un derecho fundamental
IU	Propone defender y desarrollar la protección social, la Seguridad Social y los Servicios Sociales, asegurando ante todo la dignidad en la vida de las personas, apoyando unos Servicios Sociales de carácter público.

4.CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo, hemos podido ver como el concepto de Salud Pública relacionado con el concepto “vejez” se encuentra estrechamente relacionado, al descubrir tras un largo proceso histórico, que los ancianos no solo son una parte importante de nuestra sociedad, si no, que no se les puede dejar de lado (como en distintas culturas ya estudiadas se ha visto) teniendo en cuenta que este colectivo no solo habría que preocuparse por tener una vida larga, si no en las mejores condiciones de vida posible, para evitar que la enfermedad pudiera aparecer, ya sea por la utilización de unas malas prácticas, el abandono social o el establecimiento personal al no poder seguir desarrollándose personalmente.

De estas actividades el trabajador social, es uno de los principales actores dentro este contexto que enmarcados en el artículo 19.1.d de la Ley 33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública, indica, que los agentes sociales deben trabajar la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la Salud, a través de diversos planes, programas o proyectos preventivos cuyo objetivo es el mantenimiento de la Salud a través de una mejora en el bienestar de la población anciana, que por lo general hasta la implantación de dicha Ley desocupada.

Además la Ley 39/2006, del 15 de diciembre de promoción de Autonomía personal y atención a personas en situación de Dependencia, ha conseguido establecer el ámbito de actuación de los trabajadores sociales en el ámbito de la dependencia, de manera genérica (vejez, discapacidad, etc.) y crear un entramado de prestaciones y recursos que indirectamente consigue ayudar a conseguir el objetivo de mejorar las condiciones de vida de la población establecida para prevenir la enfermedad, de dicho colectivo, propuesto en la Ley General de Salud Pública.

Sin embargo, todas estas mejoras alcanzadas en estos últimos años, se han visto en peligro debido a la llamada crisis económica, política y social actual que ha llevado al casi completo desmantelamiento de las políticas sociales teniendo como consecuencia el empeoramiento de las prestaciones previstas por la Ley de Dependencia y por ello poniendo en grave peligro el objetivo anteriormente citado, promulgado por la Ley General de Salud Pública de medio o largo plazo, veremos si esta nueva etapa política

consigue mejorar una situación que en la actualidad ya se encuentra enormemente dañada, poniendo especial interés en las actuaciones que estos nuevos agentes políticos tendrán en la actualidad, sabiendo que la confianza que pudieran tener es muy volátil.

Con la elaboración de este trabajo nos planteamos unos objetivos que hemos podido ir desarrollando de manera óptima, sin embargo no todo ha sido “pasear por un campo de flores”, para ello se ha tenido que trabajar mucho e ir contrastando toda la información que se tenía disponible, teniendo en cuenta que nuestra sociedad actual se encuentra en un momento de “vorágine política” y era complicado prever que nuevos cambios se podrían encontrar, o si la propia información estaba del todo actualizada o eran documentos ya en desuso, sin embargo, la sensación final es buena, y creo que este documento será válido para poder comprender que verdaderamente la Ley de Dependencia es un verdadero nexo de unión entre la Salud Pública y la Vejez, como así atestigua el título de este documento.

5. BIBLIOGRAFIA

Abellan, A. et al (1992) "Una España que envejece" *Universidad hispanoamericana Santa María de la Radida*. Albolote (Granada) nº1. 41.

AlberdÍ, I. (1999) "La nueva familia española". *Taurus*. 10.

Allianz (2011) "Los Estados Unidos se enfrentan al tsunami de la jubilación "Serán Europa y Asia los siguientes" *www.allianz.com* nº1. 1-5.

Barriaga, L.A et al (2013) "Informe sobre el desarrollo y valuación territorial de la ley de autonomía personal y atención a las personas en situación de Dependencia" *Asociación estatal de directores y gerentes en Servicios Sociales*. nº10. 22.

Caraballoso, M. et al. (2004) "Fundamentos teóricos" *Fundamentos de salud pública* nº1. 15-26.

Consejo General de Trabajadores sociales (2015) "Comparación propuestas electorales 20D" (En línea). <http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/TOTALES%20COMPARATIVA%20ELECCIONES%202015.pdf>. Acceso 21 de Marzo de 2016.

Consejo General de Trabajadores sociales (2015) "Propuesta de definición global del Trabajo Social" (en línea). <http://ifsw.org/propuesta-de-definicion-global-del-trabajo-social/>. Acceso 27 de Mayo de 2015.

Contreras, A (2013) "La relación de lo biológico y social en el proceso de salud enfermedad" (en línea) <http://www.voicesofyouth.org/es/posts/la-relacion-de-la-biologico-y-lo-social-en-el-proceso-salud-enfermedad>. Acceso 07 de Abril de 2015

Cruz, A (2004) "Relación de lo biológico a lo social" *Fundamentos de salud pública* nº1. 42-69.

De la Torre. C (2003) "Diccionario Jurídico elemental" *Heliasta* nº1. 280.

De Lorenzo, R. Martínez, A. (2006) "La futura Ley de Dependencia como pilar fundamental de la protección social en España" *Revista Española del tercer sector* nº3. 49-81.

Estado español (2010) “Constitución Española” *Tecnos*. Madrid nº16. 171.

Fidelity (2014) “La generación del baby boom envejece: Los retos para la jubilación” *Fidelity España Blog* (en línea) https://www.unience.com/blogs-economia-finanzas/fidelity_espana/la_generacion_del_baby_boom_envejece_los_retos_para_la_jubilacion. Acceso 3 de Junio de 2015.

González, et al. (1997) “La vejez” *Galeon*. (En línea) <http://vejez.galeon.com/index.html>. Acceso 07 de Abril de 2015.

Huenchuan, S (2011) “Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez” “*Los derechos de las personas mayores*”: Naciones Unidas

Iglesias, P (2006) “Sistema Nacional de Dependencia” *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales* nº60. 87-92.

IMSERSO (2004) “Libro blanco de Atención a personas en situación de dependencia en España” *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. Madrid. Nº 1. 820.

INE (2015) “Población residente por fecha, sexo y edad” Gobierno de España (en línea) <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/p321/serie/1971/10/&file=01001.px&type=pcaxis&L=0>. Acceso 15 de Abril de 2015.

Kisnerman, N (1987) “Salud Pública y Trabajo Social”. *Hvmanitas*. Buenos Aires nº1. 246.

Laurel, C (1982). “La salud-enfermedad como proceso social” *Cuadernos médicos sociales*. Nº19. 11.

Larrondo, A. (2009). “Los géneros en la redacción ciberperiodística: contexto, teoría y práctica actual” Universidad del País Vasco.

Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia.

Martínez, ML. (2005) "La vejez como etapa del ciclo vital: Aproximaciones y criterios desde diferentes perspectivas al concepto de vejez" *Universidad autónoma de Madrid* (en línea) https://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad1/2/tema2.pdf. Acceso 15 de Abril de 2015.

Miquel, J (2015) "Podemos reemplazar de forma ordenada al PSOE y CIUDADANOS al PP" *El Mundo* (En línea) <http://www.elmundo.es/espana/2015/11/17/5643976146163f944e8b45ae.html>. Acceso 21 de Marzo de 2016.

Narey, B (2000) "Políticas y estrategias de salud" *Revista Cubana Salud Publica* n°24. 77-84.

Navarro, V. (1998) "Concepto Actual de Salud Pública" *Salud Pública* 49-54 McGraw-Hill

Pérez, A. Baeza, P. (2006) "Sobre "Dependencia" y otros cuentos. Reflexiones en torno a la ley de promoción de la autonomía persona y atención a las personas en situación de dependencia". *Lan Harremanak* n°15. 13-46.

OMS (1946) "Constitución de la organización mundial de la salud" (En línea) http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf_files/constitucion-sp.pdf. Acceso 15 de Abril de 2015.

Prats, J (2015) "La esperanza de vida aumenta más de 40 años en un siglo" *El País Digital* (En línea) http://politica.elpais.com/politica/2015/02/26/actualidad/1424969363_446948.html. Acceso 10 de Marzo de 2016.

Radan, A. Ramírez, T (1985) "Funcionamiento intelectual y emocional del anciano". *Universidad de Costa Rica*. N°29. 43-46.

Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.

Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público

Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad

Reher, D (1997) "Vejez y envejecimiento en perspectiva histórica: Restos de un campo en auge" *Universidad Complutense de Madrid* nº26. 63-71.

Restrepo, H (2002) "Antecedentes históricos al concepto de salud" *Promoción de la salud: Como construir vida saludable*. Editorial médica Panamericana nº1. 15-23.

Reyes, M (2004) "Componentes: Conceptos y tipos" *Fundamentos de salud pública*. Ciencias Sociales nº1. 174-393.

Rodríguez. G (1989) "Orígenes y evolución del Estado de bienestar español en su perspectiva histórica. Una visión general" "Política y Sociedad" 79-88.

Ruiz, A (1991) "Salud Pública y Trabajo Social" *Ciencias Sociales* nº53. 25-33.

SAAD (2008-2015) "Información estadística del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia" *IMSERSO* números 1-8. 12-16.

Trejo, C (2001) "El Viejo en la historia" *Acta Bioethica*. nº1. 25.

Vargas, JC (2010) "La emergente sociedad de la información y el adulto mayor de la ciudad de Sucre" *Seminario III. Psicología, sociología y sociedad*. 717-729.